2

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU NOMA

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 27 novembre 1885

PAR

Abel BOUTES

Né à Saint-Thibéry (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.
GRASSET..... ....
LANNEGRACE..... } Assesseurs

Professeurs.

	Messieurs :
Clinique médicale.	DUPRÉ (✲ C ✠).
Anatomie.	BENOIT (O. ✲ ✠).
Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER (✲).
Physique médicale.	MOITESSIER (✲).
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur. méd.	PLANCHON (✲ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe (ch. de cours).	CHALOT.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).
Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✲). COURTY (✲). I. DUMAS (✲).

Chargés de Cours de Cliniques annexes:

Clinique des maladies des enfants. MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan. GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards. HAMELIN (✲), agrégé.

Agrégés en Exercice

Messieurs :		Messieurs
GARIMOND.	CARRIEU.	REGIMBEAU (✲).
JACQUEMET.	MAIRET.	BLAISE.
GAYRAUD.	CHALOT.	BAUMEL.
DE GIRARD.	BIMAR.	VILLE.
SERRE.	MOSSÉ (✲).	GRANEL.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

Examinateurs de la Thèse:

MM. TÉDENAT, *président;*
JAUMES, professeur;
CARRIEU, agrégé;
BLAISE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je n'oublierai jamais ce que je vous dois.

A MA CHÈRE SŒUR

Attachement sincère.

A MES GRANDS PARENTS

A. BOUTES.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544306_0092

A mon Président de Thèse

Monsieur TÉDENAT

Professeur de Clinique chirurgicale

A Monsieur le Professeur-Agrégé MOSSÉ

Chevalier de la Légion d'honneur

A TOUS MES MAITRES

A. BOUTES.

A mon cher Ami le Dr Ernest SCHEYDT

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A. BOUTES.

INTRODUCTION.

Un cas de noma se trouvant dans le service de M. le Professeur-Agrégé Serre, nous fûmes engagé, sur les conseils de notre Maître, à en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Nous n'ignorons point toutes les difficultés qui se présentent à nous, si peu expérimenté pour traiter une pareille question. Et ce qui rend notre tâche encore plus difficile, c'est que cette complication a été bien peu étudiée par le fait même de sa rareté et on est encore aujourd'hui à se demander comment elle peut se développer.

Pour tous ces motifs, nous comptons sur la bienveillance de nos Maîtres qui nous tiendront compte de nos nombreux efforts et de notre bonne volonté pour bien faire et suivant le principe :

« *Si desint vires, tamen est laudanda voluntas.* »

Notre sujet ne comporte pas par lui-même de grandes divisions.

Après avoir fait l'historique de la question, nous plaçons notre observation personnelle suivie de la photographie du sujet. Nous avons cru pouvoir la faire suivre d'une observa-

tion publiée par le Dr Lavit, de Cessenon (Hérault), dans le *Bulletin thérapeutique*, observation importante à connaître à ce double point de vue que la jeune fille atteinte du noma a pu être guérie et de plus que cette terrible complication a pu se développer dans notre pays qui est loin de présenter cet état d'humidité si nécessaire, d'après certains auteurs, au développement du noma.

Nous publions aussi une observation de noma que nous devons à l'obligeance de M. Fernand Giraud, interne des hôpitaux de Marseille. Cette observation présente un grand intérêt; car on a pu se rendre compte, par l'autopsie faite le lendemain de la mort du sujet, de l'étendue des lésions et de la mortification des tissus.

Nous avons passé rapidement en revue l'étiologie, la pathogénie, la symptomatologie et l'anatomie pathologique.

Nous avons consacré quelques lignes au pronostic et au diagnostic, et nous avons insisté surtout sur le traitement qui, suivant qu'il sera pratiqué de bonne heure et énergiquement, pourra enrayer les progrès du mal.

Avant de clore cette introduction, qu'il nous soit permis de remercier vivement M. le Professeur-Agrégé Mossé de la bienveillance qu'il nous a toujours montrée dans le cours de nos études, et M. le Professeur-Agrégé Serre des nombreux conseils qu'ils nous a donnés.

Que M. le Dr Valette reçoive aussi nos sincères remerciements pour les nombreux renseignements qu'il a mis à notre disposition.

CONRTIBUTION A L'ÉTUDE DU NOMA

HISTORIQUE.

Le noma (de νεμειν, ronger), communément désigné sous le nom de gangrène de la bouche, a reçu une foule d'autres dénominations, soit en France soit à l'étranger, selon que les auteurs ont envisagé la nature de cette maladie; c'est ainsi que tour à tour le noma a été appelé cancer oris, stomacace gangréneux, gangrène scorbutique des gencives, *necrosis infantilis*, cancer aqueux.

Il est peu probable que les médecins de l'antiquité aient connu cette maladie, et ce n'est qu'au XVII^me^ siècle qu'un médecin hollandais, Battus, en a donné une description aussi succincte qu'explicite, montre la marche rapide de la maladie et recommande aux médecins de surveiller attentivement cette terrible complication. A partir de ce moment, soit que les cas de noma soient plus fréquents, soit que l'attention ait été éveillée sur lui, les travaux se multiplient, et alors apparaissent en Allemagne les travaux de Richter à qui l'on doit les recherches les plus étendues et les plus importantes sur cette question. En France, la thèse inaugurale de Tourdes, remarquable au point de vue bibliographique, le Traité de MM. Rilliet et Barthez sur les maladies de l'enfance. La liste

serait trop longue s'il nous fallait citer tous les auteurs qui ont traité cette question; nous nous contenterons de mentionner les principaux auteurs contemporains qui ont écrit sur le noma et dans les ouvrages desquels on pourra puiser largement.

Richter. — *Der Wasserkrebs der Kinder,* Berlin 1828.

Tourdes. — Du noma chez les enfants. Th. de Strasbourg 1848.

Bouley et Caillault. — Mémoire sur les affections phagédéniques et gangréneuses chez les enfants. *Gaz. méd. de Paris* 1852.

Sostrat. — Etude sur la gangrène morbilleuse chez les enfants. Th. de Paris 1872.

Rilliet et Barthez. — Traité clinique des maladies des enfants, 1843.

Grisolle. — Traité de pathologie interne.

Taupin. — Stomatite gangréneuse, sa nature, ses causes, *in Journal des connaissances médico-chirurgicales*, avril 1839, 6me année, t. vi.

Bouchut. — Manuel pratique des mal. des nouveau-nés. Paris 1845.

Lavit. — Gangrène de la bouche, traitement par la créosote camphrée, *in Bull. thérap.* 1867.

Bazin. — Article *Noma*, *in* Dict. encycl. des sciences médicales.

West. — Leçons sur les maladies des enfants, trad. par Archambault. Paris 1874.

Holmes. — Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants, trad. par le Dr Larcher. Paris 1870.

Vogel. — Traité élémentaire des maladies de l'enfance, trad. par les Drs Culmann et Ch. Sengel. Paris 1872.

Observation I.

(Personnelle)

Le jeune Henri-Georges René, âgé de 7 ans, est arrivé à cet âge sans avoir été atteint d'aucune maladie sérieuse et spéciale à l'enfance. Comme antécédents héréditaires, le père a été atteint à plusieurs reprises de rhumatisme. Lorsque le 28 septembre 1885, il se sentit fatigué, toussant un peu et n'ayant pas d'appétit. Il ne prenait aucun plaisir à jouer ; il était triste et ne pouvait dormir. Cet état persistant quelques jours, le médecin de la famille fut appelé, et à sa première visite, qui eut lieu le 3 octobre, il trouva le jeune enfant oppressé, respirant avec peine, par suite d'une douleur au dessous du sein gauche. Par l'auscultation, il constata de ce côté et en arrière quelques râles crépitants avec bruit de souffle. La toux était assez fréquente et sèche. Le pouls donnait 104 pulsations. La peau était sèche, la langue était rugueuse et sèche. Devant cet état morbide, il institua le traitement suivant : vésicatoire camphré au bras gauche et sinapisme sur le point douleur ; potion avec ipéca concassé 0,60 centigr. pour 120 gr. d'infusion de lierre terrestre et sirop de capillaire, 30 gr.

Le lendemain, 4 octobre, l'enfant présentait le même état. La nuit avait été agitée et sans sommeil. Le pouls accusait 104 pulsations. Les phénomènes stéthoscopiques sont les mêmes. On continue le même traitement.

5 octobre. Le même état persiste.

6 octobre. La respiration est plus facile. La douleur sous

le sein a disparu. Le bruit de souffle ne s'entend plus, la toux est plus facile, le petit malade crache peu, il avale les crachats. La chaleur est moins intense. La fièvre a diminué. Le pouls n'a que 96 pulsations.

7 octobre. L'état de la poitrine est notablement amélioré, et malgré cela on constate chez le petit malade de la prostration, un assoupissement presque continuel. Décubitus dorsal. Langue sèche et noirâtre. Les gencives se recouvrent de fuliginosités. L'indifférence du malade pour ce qui l'entoure est complète. Un nouveau symptôme se présente. La diarrhée apparaît. L'enfant a trois ou quatre selles par jour. Le pouls est monté à 104 pulsations. Exacerbation vers midi. On continue la potion d'ipéca ; puis potion avec 2 gr. extrait fluide de quinquina jaune, alternée avec la précédente, et de plus 0,30 centigr. de sulfate de quinine sont prescrits.

8, 9, 10 et 11 octobre. Cet état continue en s'aggravant les jours suivants, le 8, le 9, le 10 et le 11. On constate l'évolution d'un état typhoïde, pendant lequel la température est arrivée à 39°7. Le pouls se maintient pendant les exacerbations à 108 et descend à 96 pendant l'apyrexie.

14 octobre. Vers le quinzième jour de la maladie survient un nouveau mouvement fluxionnaire vers le poumon gauche, avec râles crépitants, pour lequel on applique un vésicatoire à la partie postérieure gauche du thorax. On revient à l'infusion d'ipéca.

Au bout de trois jours ce mouvement fluxionnaire était enrayé.

La fièvre muqueuse a suivi sa marche à peu près régulière jusqu'au vingt-cinquième jour environ. Le traitement employé pendant le cours de la maladie a été la potion de quin-

quina, le sulfate de quinine et une solution phéniquée donnée en potion et en lavement. L'enfant a pris, presque tout le temps de la maladie, du bouillon et du jus de viande, qu'il tolérait très bien. La diarrhée était peu abondante. Jamais il n'est survenu de complications du côté du cerveau. L'enfant a conservé son intelligence intacte tout le temps de la maladie.

Le vingt-cinquième jour de la maladie, c'est-à-dire le 25 octobre, la température était descendue à 38°2, le pouls n'accusait que 88 pulsations, l'état général de l'enfant s'améliorait, lorsqu'il survint une rougeur à la joue gauche de la dimension d'un écu de 5 fr. Il y avait en même temps de la douleur et de l'engorgement. On crut avoir affaire à un abcès ; mais l'incertitude disparut bientôt, lorsqu'on trouva sur la joue un point noir de la dimension d'une pièce de 0,50 centimes. De plus, il s'exhalait de la bouche de l'enfant une odeur fétide insupportable. Il n'y avait plus à hésiter, c'était bien de la gangrène. Le lendemain, ce point avait acquis la dimension d'un écu de 5 francs, et le troisième jour un volume double.

On fit panser avec de l'ouate imbibée d'une solution phéniquée et on lava l'intérieur de la bouche avec un pinceau trempé dans la même solution.

Le 27 octobre, l'état de l'enfant inspirant de graves craintes aux parents, une consultation eut lieu dans laquelle on conseilla des applications d'ouate hygroscopique trempée dans une solution de sublimé: 0,50 centigr. pour 500 gr. d'eau.

28 octobre. Le lendemain, sur les conseils des médecins traitants, l'état de l'enfant étant plus grave, les parents se décidèrent à faire entrer le jeune malade à l'hôpital Saint-Éloi où il fut placé dans le service de M. le Professeur-Agrégé Serre.

Lorsqu'il entra à l'hôpital, la gangrène commençait à se limiter à sa partie supérieure.

Le 29 octobre, à la visite, l'état de l'enfant était grave: l'eschare était détachée en partie et laissait une perforation à travers laquelle on apercevait les dents vacillantes et les maxillaires dénudés et noircis. L'odeur était alors des plus infectes. Il était dans une prostration complète et refusait toute nourriture. Sa soif était vive. Point de vomissements, mais il avait un dévoiement abondant. Il maigrissait rapidement. Le pouls était petit et fréquent. On employa alors le chlorure de soude au moyen de boulettes de charpie appliquées sur la plaie. On continua l'emploi du chlorure les jours suivants.

30 octobre. A la visite du matin, l'enfant est abattu et triste, son aspect est celui d'un malade cachectique, le pouls est fréquent et très petit et devient même insensible.

Le 31 octobre, l'état de l'enfant s'aggrave de plus en plus et il meurt le 1er novembre.

Nous aurions tenu fortement à faire l'autopsie de notre malade, qui nous aurait certainement offert un grand intérêt et procuré des renseignements très précieux, mais nous avons dû nous incliner devant l'opposition formelle des parents.

Observation II

Publiée par le Dr Lavit, de Cessenon (Hérault) dans le *Bulletin Thérapeutique*. Année 1867.

Gangrène de la bouche. — Traitement par la créosote camphrée.— Guérison

Depuis le 2 janvier 1867, Noémie Calvet, âgée de 4 ans, était atteinte de tuberculisation entéro-mésentérique. Le ventre était assez douloureux pour obliger la petite malade à garder continuellement le berceau dans un logement qui n'était pas humide. Les conditions d'hygiène et d'entretien étaient favorables, grâce à l'aisance de la famille.

Ces remarques sont utiles pour l'étiologie de l'affection nouvelle, ou plutôt de la complication survenue le 27 mai dernier.

D'après le rapport des parents, lèvre supérieure enflée, phlyctène dans le repli gengivo-buccal, ayant donné lieu à un écoulement de sang caillé noirâtre.

Le 29 mai, le médecin est appelé, et voici ce qu'il constate ; lèvre supérieure enflée considérablement et, en la soulevant, on constate deux ulcérations rondes creusées, blanches, se tenant par la portion supérieure de la circonférence, superposées exactement comme une boîte à charnière de la grosseur d'un pois. Contenu caractéristique, grumeleux, sec, blanc, ressemblant à la moisissure de bois.

Prescription : Lavages avec vin aromatique, sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue, trois cuillerées de chacun. Sirop de quinquina une cuillerée.

Régime: bouillons, potages, jus de viande, côtelettes. Bon appétit de la malade qui se levait un peu dans la chambre.

Le 30 mai, le docteur Lavit muni d'un petit flacon de créosote, dans laquelle il a fait dissoudre une bonne quantité de camphre, se rend auprès de la petite malade. Le mal avait fait de grands progrès. Ulcérations très étendues vers la joue gauche surtout, noirâtres à la périphérie, grumeleuses au centre, surtout au repli de la muqueuse profondément excavée vers le nez; sanie noirâtre, fétide: gencive détruite superficiellement dans l'étendue de 15 millimètres environ, une incisive déchaussée. Point fistuleux sous la lèvre inférieure. Tout cela exhale une odeur de gangrène.

A l'aide d'un pinceau, on badigeonne les lésions avec la créosote camphrée plusieurs fois de suite et l'on retire quantité de grumeaux, augmentés encore par l'effet du caustique que les parents croyaient être des vers de pourriture. On recommande de faire deux cautérisations pareilles dans le courant de la journée et on fait continuer le même régime et la même médication.

31 mai, matin. Amélioration notable, ulcérations plus vives, périphérie rouge, inflammatoire, lèvre plus tuméfiée que la veille, comme elle l'était avant hier. Cela doit être attribué à la réaction et à l'action du caustique.

Les lésions ne sont pas agrandies, il y a eu arrêt. Aspect grisâtre, encore quelques grumeaux. Hémorrhagie légère le matin, sang rouge, d'après le dire de la mère. Une cautérisation à la créosote.

Soir. La lésion a diminué à la lèvre et à la gencive, aréole inflammatoire, détritus putréfiés et brûlés par le caustique, odeur de dent cariée. Une dent un peu déchaussée, gencive décollée.

Cautérisations avec créosote camphrée, étendue d'alcool pour affaiblir le caustique; lavages de deux en deux heures avec vin aromatique alcoolisé par moitié, dès le début du traitement.

1er juin. Cicatrisation de la commissure qui s'est bouchée; ulcérations petites comme au début avec eschares.

Une cautérisation de créosote camphrée alcoolisée, lavages au vin aromatique alcoolisé. Huile de foie de morue. Sirops de quinquina et d'iodure de fer. Bon régime *ut supra.*

3 juin. L'eschare va se détacher de la lèvre, chute le lendemain; la cicatrisation marche vite et on fait seulement laver avec de l'alcool, de plus en plus étendu d'eau, pour ne pas trop irriter les bourgeons charnus.

6 juin. La cicatrisation a établi des adhérences entre la lèvre et la gencive sur la ligne médiane, et à la partie inférieure la gencive décollée de l'incisive se soulève quand on redresse la lèvre.

9 juin. Cautérisations au nitrate d'argent contre les adhérences: bourgeons sous forme de pulpe noirâtre, saignante. Guérison complète quelques jours après. Mais la petite malade, sauvée de la gangrène, fut plus tard victime de sa première affection vers le milieu du mois d'août.

Ce cas de gangrène est intéressant à plusieurs points de vue: lésions constatées dès le début propres au noma, sauf le noyau d'induration et la tuméfaction des ganglions qui n'existaient pas d'une manière bien notable, et que l'enfant laissait peu examiner en criant et en se débattant; traitement énergique et appliqué à temps.

La créosote avait déja été employée par le Dr Holbach (Bouchut, *Pathologie de l'enfance*). — On eut l'idée d'y

ajouter le camphre en solution comme antiseptique, et nous croyons, avec l'auteur de cette observation, que ce mélange est recommandable et propre à avoir raison d'un mal fort grave, généralement rebelle aux agents thérapeutiques, surtout si l'on considère que le développement de cette terrible complication est dû à la présence de micro-organismes.

Observation III

Publiée par M. Fernand Giraud, interne des hôpitaux de Marseille, dans le *Marseille Medical*, novembre 1883.

Le 5 novembre 1883, on apportait à l'hôpital de la Conception, dans le service des enfants, une petite fille âgée de 5 ans, Anna Ronpiedi. Les renseignements fournis par la famille sont les suivants : elle a eu une fièvre typhoïde il y a un mois ; sa convalescence n'était pas terminée, lorsque son père, victime d'un accident, fut transporté à l'hôpital avec fracture de jambe. Ces circonstances décident ses parents à l'envoyer à la Conception pour finir sa convalescence : on la reçoit au Pavillon Vidal.

Le jour même de son entrée, la sœur de la salle remarque sur sa joue une tache noirâtre de la grosseur d'une pièce de un franc environ : elle n'y prit pas garde, et la visite du soir étant faite, ne nous fit part de la chose que le lendemain matin. A ce moment toute la joue droite de la petite fille était gangrénée : il y avait au centre, au niveau de la boule graisseuse de Bichat, une perte de substance de deux ou trois centimètres de diamètre dont les bords formaient une bouillie noirâtre ou grisâtre, ayant un aspect putrilagineux et baignée par une sanie infecte à odeur repoussante et *sui generis*. La mortification des tissus s'étend en dedans jusqu'au sillon naso-jugal : en haut, jusqu'au bord inférieur de la paupière ; en bas, jusqu'à la commissure des lèvres ; en dehors, jusqu'au bord antérieur de la branche du maxillaire inférieur. En profondeur, la gangrène s'étend jusqu'aux os : le maxillaire supérieur est mis à nu, on y aperçoit l'orifice du conduit sous orbitaire et le nerf qui en sort complètement dénudé. Autour de la plaie un engorgement dur, ayant à peu près

l'aspect de l'œdème, a envahi toute la joue, la lèvre inférieure, le nez et les deux paupières avec une partie du front.

M. Nicolas nous fit remarquer qu'à cause du siège de la gangrène, de l'aspect des tissus, de la marche si rapide du mal, de l'âge de la malade, et de la fièvre typhoïde antérieure, il était en droit de diagnostiquer un noma. Il cautérise la plaie au fer rouge et la fait panser avec une solution de coaltar saponiné; il ordonne en outre à la malade du bouillon, du vin de Bordeaux et une potion à l'extrait de quinquina.

Ce traitement ne peut arrêter la marche envahissante du mal qui envahit la lèvre supérieure, l'œil et le nez: l'état général devient tous les jours de plus en plus mauvais, le pouls est petit, la fièvre vive, une diarrhée hectique s'établit pendant les derniers jours et emporte la malade qui meurt le 13 novembre.

L'autopsie faite le lendemain, montre les lésions suivantes: Les os sont complètement dénudés et le périoste décollé: on remarque de petits séquestres sur le bord alvéolaire du maxillaire inférieur, les dents sont branlantes: la muqueuse de l'alvéole est aussi séparée de l'os; l'engrènement de l'os malaire avec le maxillaire supérieur a perdu sa solidité et l'os malaire ne tient plus que par ses deux autres insertions.

L'articulation temporo-maxillaire a été atteinte en partie par le mal; le cartilage se sépare très facilement du condyle; le manchon fibreux de l'articulation est sain.

Les muscles ont une couleur verdâtre; dans tous les alentours de la plaie, le tissu cellulo-graisseux qui les entoure est épaissi et induré, presque sclérosé; il a la consistance des viscères atteints par une hipertrophie du tissu conjonctif.

Les vaisseaux présentent une modification de structure; les parois des artères sont épaissies : elles ne contiennent pas de sang; les veines, au contraire, sont pleines de caillots.

Les nerfs paraissent avoir échappé à la mortification des

tissus : ils ont au centre leur aspect blanc caractéristique, leur enveloppe seule est noirâtre: d'après MM. Rilliet et Barthez le nivrilème est presque toujours gangréné, tandis que la pulpe conserve son aspect normal et résiste à la mortification.

Les glandes ne paraissent pas avoir subi de changement d'état ou de structure. La parotide et la sous-maxillaire sont saines.

Quant aux ganglions lymphatique sous maxillaires et ceux qui se trouvent le long des gros vaisseaux du cou, ils ont subi une hypertrophie considérable: il y en a deux de la grosseur d'une cerise; je n'ai pas vu cette lésion citée dans les auteurs.

La muqueuse de la bouche est détruite sur toute sa face externe jusqu'au pilier antérieur en arrière. Le voile du palais est séparé de l'os et la branche horizontale du maxillaire tout à fait à nu La gangrène a aussi envahi l'orbite, et l'œil a subi des troubles de structure remarquables : la cornée et le cristallin sont tous deux opaques et présentent une coloration blanc laiteux.

Enfin, la mortification s'est étendue par le tissu cellulaire de l'orbite jusqu'à la fente sphéno-maxillaire, par où elle a atteint la cavité cérébrale. La dure-mère est intacte; mais la pie-mère et l'arachnoïde se sont enflammées et sont recouvertes de pus ainsi que le lobe sphénoïdal du cerveau.

ÉTIOLOGIE

C'est une affection spéciale à l'enfance et c'est entre trois et sept ans qu'on la rencontre le plus communément. Dans le plus grand nombre des cas, il s'agit d'enfants de constitution faible, le plus souvent lymphatiques, et c'est dans de pareilles conditions que se trouvait notre jeune malade.

Néammoins, les sujets robustes n'en sont pas à l'abri. Les conditions hygiéniques jouent un très grand rôle dans sa production. Une nourriture insuffisante ou mauvaise, l'habitation dans des lieux humides ou bas, malsains et malpropres, l'encombrement, telles sont les causes qui facilitent l'éclosion de cette maladie.

On ne saurait contester l'influence des climats et nous savons que c'est en Hollande, où les climats sont froids et pluvieux, que pour la première fois le noma fut bien décrit. Cependant, d'après l'observation publiée par le Dr Lavit et notre observation personnelle, nous avons pu constater le noma dans nos pays qui sont loin d'avoir une température aussi froide et aussi humide.

Les saisons exercent aussi une certaine influence, et c'est au printemps et en automne surtout que le noma se développe, ce qui tient sans doute à la fréquence des fièvres éruptives, fièvre thyphoïde, à ces époques de l'année.

Les influences pathologiques sont certaines et ce n'est jamais primitivement que le noma se déclare. Dans notre observation personnelle et dans toutes celles recueillies par Baron, Richter, Rilliet et Barthez, Tourdes et Lavit, on voit

que la gangrène de la bouche avait été précédemment préparée par une maladie grave antérieure, ayant débilité l'organisme et préparé un terrain favorable au développement de la gangrène. Parmi les principales, citons la rougeole, toutes les fièvres éruptives, le scorbut et la fièvre thyphoïde, etc., etc.

PATHOGÉNIE

Nous voici arrivé à la partie la plus difficile de notre travail. Que de théories, que d'explications n'a-t-on pas données? Et ce grand nombre de doctrines ne prouve-t-il pas suffisamment combien cette question est loin d'être bien élucidée.

Devons-nous attribuer sa production à une altération du sang et admettre, avec certains auteurs, que la diminution de la fibrine du sang et l'augmentation de son alcalinité, jouent le rôle capital dans la production de la gangrène? Et cependant combien de maladies ne voyons-nous pas, telles que la variole hémorrhagique, la fièvre typhoïde hémorrhagique, etc. etc., où la défibrination existe à un haut degré et où pourtant la gangrène est rare, surtout celle de la bouche et ne se montre même pas.

Devons-nous, nous fondant sur les expériences de Magendie sur le système nerveux, penser que ce même sang, modifié par le virus typhique ou le virus rubéolique, produirait sur le système nerveux en général et sur les vaso-moteurs en particulier des effets analogues à ceux qui résulteraient de la section du grand sympathique, tels que contraction, puis dilatation permanente des capillaires et stase, et enfin formation de coagulation dans les capillaires qui amèneraient la gangrène?

Une autre cause, et qui est assurément une des principales, c'est la mauvaise nutrition des éléments anatomiques, par suite de la fièvre typhoïde de toute autre maladie débilitante,

et une preuve, c'est que presque jamais la gangrène ne survient au début de la fièvre typhoïde, alors que l'organisme n'a pas encore souffert et que les éléments eux-mêmes n'ont pas été atteints. C'est donc par le fait de la maladie, par l'inanition, que les éléments acquièrent cette prédisposition.

Devons-nous, avec Bazin (article *Noma, in* Dict. encyclop. des sciences médicales) penser que «le noma appartient comme symptôme-affection à une affection particulière de la cachexie gangréneuse, maladie essentiellement caractérisée par ce fait que l'extinction de la vie, dans les points qu'elle frappe, a lieu d'une manière spontanée, c'est-à-dire sans inflammation, sans artérite, sans oblitération vasculaire? »

Dans le cas où cette gangrène serait produite par l'oblitération de l'artère de la région, ne pourrait-on pas en expliquer la pathogénie de la façon suivante, en nous appuyant sur les idées de MM. Béchamp et Estor : les granulations normales des tissus ou microzima ne trouvant plus de matières nutritives puisque le sang ne circule plus, sont obligées de se nourrir avec leur propre substance et au moment où cette substance sera complètement détruite, il y aura mortification, c'est-à-dire gangrène.

Ce fait n'empêche pas que l'arrivée sur la plaie déjà formée de germes extérieurs ne fasse rapidement évoluer cette gangrène.

Néanmoins il faut bien reconnaître que la fièvre typhoïde ou toute autre maladie délibitante est la raison capitale, le fondement de la gangrène. Nos observations sont là pour le démontrer. Mais quelle action exerce-t-elle sur sa production? question très importante et que notre inexpérience ne nous permet pas de juger.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La gangrène de la bouche envahit tous les tissus qui entrent dans la composition des parois buccales; si l'on examine les parties sphacélées, on trouve beaucoup de graisse libre, des traces de muscles.

La muqueuse est toujours frappée de mortification et le plus souvent détruite dans toute son épaisseur; elle présente à sa surface un putrilage noir ou brun, s'enlevant par le grattage du scalpel, Les tissus intermédiaires à la peau et à la membrane muqueuse sont infiltrés de sérosité aussi bien que les muscles, et dans un degré plus avancé, la mortification frappe tous ces tissus et de préférence ceux qui sont le plus rapprochés de la muqueuse, les os sont dénudés et noircis, quelquefois même nécrosés.

La peau est tuméfiée et offre une eschare arrondie ou ovalaire, tantôt présentant les dimensions d'une pièce de 0,50 centimes, tantôt celle de 2 ou même 5 francs; quant aux vaisseaux et aux nerfs, nous reproduisons l'opinion de Rilliet et Barthez qui semble être la plus plausible.

D'après ces auteurs qui ont recherché minutieusement l'état de ces vaisseaux sur grand nombre de sujets atteints de noma, voici ce que deviendraient les vaisseaux et les nerfs.

« Les vaisseaux qui plongent dans une portion de tissu seulement infiltrée mais non gangrenée, sont parfaitement sains, perméables et leurs parois à peine un peu épaissies; que s'ils rampent sur la limite de la gangrène, ils sont encore perméables, mais leurs parois sont épaissies et commencent à prendre l'aspect des tissus gangrenés. Enfin, s'ils plongent

au milieu de ceux-ci, il est encore possible de les retrouver et de suivre le trajet de l'artère et de la veine faciale traversant la gangrène et allant au-delà, alors on constate que le calibre du vaisseau est fermé par un caillot qui occupe toute l'étendue de la gangrène.

Quant aux nerfs, ils prenaient la teinte et l'aspect des autres tissus. Mais il n'en était ainsi qu'à leur extérieur, leur névrilème était gangrené, tandis que la pulpe avait conservé sa couleur et son aspect et semblait avoir résisté à la mortification.

En résumé, le vaisseau et les nerfs sont parfaitement libres et sains au milieu de tissus infiltrés et lorsque la mortification avait déjà envahi la muqueuse.

Au contraire, ils n'étaient oblitérés que lorsqu'ils plongeaient au milieu des tissus gangrénés.

Il est donc très-probable que par le fait de la mortification, la circulation ne se fait plus dans les vaisseaux, qu'un caillot s'y dépose et par les progrès de la gangrène se convertit en putrilage, après avoir oblitéré le vaisseau à l'endroit où il se plonge dans les tissus mortifiés.

Nous avons pu par nous-même examiner un fragment de tissu, les coupes n'ont porté que sur le tissu conjonctif. La peau et la muqueuse buccale n'étant pas comprises dans le fragment coupé, les lésions de ces deux parties n'ont pu être examinées. Voici quels sont les résultats de nos recherches.

Deux séries de coloration ont été pratiquées :

1° Quelques coupes ont été traitées par le picro-carmin.

Entre les fibres conjonctives ayant pris très fortement le carmin, l'on aperçoit un exsudat d'une couleur jaunâtre sans éléments histologiques caractérisques.

Les cristaux d'acides gras de tyrosine et de leucine se rencontrent en grande quantité. Ces cristaux sont en aiguilles réunis en faisceaux. Ce fait n'a pas lieu de nous étonner, car

des acides gras se produisent par suite de la décomposition de la graisse dans la putréfaction cadavérique. Rien de surprenant donc que nous les trouvions dans les tissus de gangrène.

La graisse que nous avons colorée par l'acide osmique ne présente pas l'aspect qu'elle a à l'état normal. Les vésicules graisseuses nous ont paru vides en partie et de petites sphères arrondies ayant pris la coloration noire caractéristique sous l'influence de l'acide osmique, sont parsemées dans toute la surface des différentes coupes. La présence des cristaux que nous avons signalés s'explique par la modification des cellules graisseuses.

2° Ce qui nous a le plus fortement surpris, c'est que cette large eschare qui était exposée au contact de l'air, et cela dans une salle d'hôpital, n'ait pas présenté à la coloration par le violet plus de micro-organismes ; et en effet aucun bâtonnet, aucune bactérie ne se trouvent dans les coupes, à peine peut-on apercevoir quelques granulations isolées et cela avec les plus forts grossissements.

SYMPTOMATOLOGIE.

Le noma, par ses débuts insidieux et cachés, mérite de fixer l'attention du médecin, si ce dernier veut avoir quelques chances de succès.

Nous considérerons donc avec Bazin trois périodes: 1° une période d'invasion ou de début; 2° une période de mortification; 3° une période d'élimination ou de réparation.

1° *Période d'invasion.* — Quelques jours avant le début de l'altération locale, on observe chez le jeune enfant convalescent de la tristesse, de l'abattement, le dégoût du jeu, la perte de l'appétit: c'est ce qui se passa chez notre malade, d'après les renseignements que nous fournirent les parents de l'enfant. D'autres enfants au contraire conservent leur gaieté et leur appétit et ne présentent rien qui fasse présager l'imminence d'une maladie grave. Mais le noma passerait certainement inaperçu, si les phénomènes locaux ne venaient éveiller l'attention du médecin. D'abord c'est une altération qui atteint la face interne de la joue; nous n'avons pu par nous-même constater ce mode de début chez notre malade, car nous n'avons pu le voir que lorsque la gangrène était limitée et avait déjà détruit tous les tissus; mais d'après Rilliet et Barthez qui ont fait un grand nombre d'autopsies d'enfants atteints de noma, ce serait toujours la muqueuse qui serait la première atteinte. Cette membrane devient alors le siège de petits phlyctènes qui se convertissent en ulcérations d'abord semblables à des aphthes, mais qui ne tardent pas à se couvrir d'un putrilage grisâtre. Ces ulcérations ne tardent pas à s'éteindre. Alors les glandes salivaires se gonflent, la sécrétion

de la salive est très abondante et l'haleine est alors d'une fétidité remarquable; dans cette période, les phénoménes généraux ne sont point encore bien marqués; le jeune enfant, affaibli par une maladie antérieure grave, est dans un abattement considérable; il est triste, sans forces, son pouls est petit et fréquent, ainsi que nous avons pu l'observer chez notre jeune malade.

2° *Période de mortification.* — C'est au commencement et dans le cours de cette période que se produit au centre de la jone malade le noyau d'engorgement dur. Cet engorgement, dont l'existence est constante se trouve dans le tissu cellulo-adipeux qui occupe le centre de la joue. A mesure qu'il se développe, la face prend une tuméfaction œdémateuse et la peau prend à ce niveau une teinte marbrée, brunâtre ou d'un rouge sombre. Cependant les ulcérations de la muqueuse sont étendues, elles ont gagné des points qui avaient été épargnés jusqu'alors et les ont transformés en eschares molles, grisâtres ou noirâtres. La désorganisation fait des progrès rapides, gagne les gencives et les lèvres; les maxillaires se nécrosent, les dents vaccillent et tombent d'elles-mêmes; l'haleine est alors d'une fétidité remarquable et si désagréable qu'elle repousse même les parents de l'enfant. Les lèvres sont violacées et laissent échapper un liquide composé de salive, de sanie purulente et de détritus gangréneux; une partie de ce liquide est même avalé par le pauvre malade.

Dans cette période les symptômes généraux s'aggravent; tantôt il y a de l'agitation et du délire, le pouls se déprime et bat avec plus de fréquence. Notre malade était loin de présenter tous ces symptômes. Il n'eut point de délire et n'était nullement agité. Il était plutôt dans une grande prostration d'où il ne sortait que par intervalle pour pousser des

cris plaintifs. Sa soif était vive. Une diarrhée fétide à odeur gangréneuse se déclara dans cette période, diarrhée qui fut probablement produite par les détritus putrilagineux qu'il avait avalés. Arrivé à ce degré, le noma se termine presque toujours par la mort; et il en fut ainsi de notre malade, placé comme il était dans une salle d'hôpital, milieu tout-à-fait favorable à la terminaison fatale de cette terrible complication.

Troisième période. — Quelquefois, mais bien rarement, le travail de désorganisation s'arrête: les parties mortifiées se séparent des parties vivantes et alors l'élimination commence. La cicatrisation se produit, mais le jeune enfant reste à jamais défiguré, à moins qu'il ne se prête à des opérations autoplastiques.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

La marche du noma est toujours aiguë, quelquefois extrémement rapide, en quelques jours la vie de l'enfant est dans le plus grand péril. Sa durée varie entre dix ou douze jours et la mort arrive généralement entre le septième et le huitième: Quelquefois, dans d'autres cas, qui sont malheureusement trop rares, la guérison peut avoir lieu, mais ce n'est qu'au prix de grands désordres et d'une hideuse difformité.

COMPLICATIONS.

Le noma se développant toujours pendant une autre maladie, il est très difficile au médecin de préciser les complications. Cependant il en est une, d'après Tourdes, qui, sur 63 observations, serait mentionnée 58 fois. Nous voulons parler de l'hépatisation pulmonaire. Mais suit-elle ou précède-t-elle la gangrène? D'après Rilliet et Barthez, l'inflammation pulmonaire serait survenue pendant le cours de la gangrène et aurait paru être sous son influence. Inutile de dire combien cette complication est grave et rend encore le pronostic plus terrible. Quelques auteurs ont vu la pleurésie, l'entérite, la varioloïde se développer pendant le cours du noma; mais la complication la plus fréquente et la plus importante est celle de la gangrène d'autres régions.

Taupin prétend avoir observé la gangrène des poumons, du pharynx, de l'œsophage et de l'estomac, 8 fois sur 36 cas.

Rilliet et Barthez, sur 21 cas, ont constaté 4 fois la gangrène du poumon et du pharynx. Richter a constaté chez le même sujet la gangrène de la bouche et celle de la vulve.

Il aurait été intéressant pour nous de pouvoir faire l'autopsie de notre jeune malade, ce qui nous aurait permis de confirmer les observations des auteurs cités plus haut, mais, comme nous l'avons déjà dit, nous avons dû nous incliner devant l'opposition formelle des parents.

DIAGNOSTIC DU NOMA.

La gangrène de la bouche présente des symptômes si caractéristiques, qu'au premier abord il semble impossible qu'on puisse la confondre avec une autre maladie. Il est cependant des affections de l'enfance qui présentent une certaine analogie avec le noma, soit par leur nature gangréneuse, soit par l'étendue des ravages qu'elles déterminent.

Ces affections sont les aphtes gangréneux, la stomatite ulcéreuse, l'anthrax, la pustule maligne.

Le diagnostic des aphthes est facile : l'apparition dans la bouche de petites vésicules isolées, suivies d'ulcérations est caractéristique ; de plus, c'est une affection très bénigne, qui le plus souvent guérit sans aucune médication.

La stomatite ulcéreuse, par la lenteur de sa marche, l'absence d'une eschare noirâtre et d'un gonflement induré des lèvres et des joues, sera facilement distinguée du noma.

L'anthrax est une affection gangréneuse du tissu cellulaire qui peut aussi occuper la face, mais elle n'est point particulière à l'enfance ; et de plus elle se developpe sous l'influence d'une maladie générale et contagieuse.

La pustule maligne a été autrefois confondue avec le noma ; les deux maladies sont de nature gangréneuse et produisent de vastes pertes de substance ; et cependant elles diffèrent essentiellement l'une de l'autre. La pustule maligne est le résultat de l'action d'un principe septique. Elle se propage par contagion, elle commence par la peau et marche de dehors en dedans, ce qui est différent dans le noma où la muqueuse est d'abord atteinte et ensuite la peau.

Il est inutile de différencier de la grangrène de la bouche l'inflammation des parois buccales, connue vulgairement sous le nom de fluxion ; la rougeur de la joue, l'aspect inflammatoire de la maladie, le début au milieu d'une bonne santé, l'absence de la gangrène à l'intérieur suffiront certainement pour ne pas commettre une telle méprise. De même le furoncle de la joue, par son engorgement dur, pourrait faire croire à l'existence du noma, mais la rougeur de la tumeur, sa forme conique, l'absence d'œdème autour d'elle et de gangrène à l'intérieur suffiront pour ne pas commettre une erreur de diagnostic.

En résumé, le diagnostic sera des plus faciles et on n'aura besoin que de se rappeler les signes caractéristiques du noma qui sont les suivants : odeur gangréneuse de la bouche, écoulement d'une salive fétide, ulcération grisâtre de la muqueuse, gonflement œdémateux de la face, noyau central, marche rapide de la destruction.

PRONOSTIC.

Il est extrêmement grave et la mort est la conséquence la plus ordinaire de cette maladie. Ce qui fait que la gangrène de la bouche est plus dangereuse que les autres affections gangréneuses des diverses parties du corps, c'est que les produits malsains de travail de gangrène qui se mêlent à l'haleine sont par eux-mêmes des agents toxiques.

Comme cette complication ne se produit que chez les enfants qui sont précisément convalescents d'une maladie débilitante, le pronostic est grave et nous dirons, avec le Docteur West, presque toujours fatal: car selon cet auteur «si la gangrène de la bouche est une affection assez rare pour ne s'être offerte que sept fois à son observation, en revanche elle est d'une nature si funeste, que dans six des sept cas qu'il a rencontrés il a vu le malade succomber.»

Le pronostic sera d'autant moins grave que le médecin aura pu combattre le mal dès l'origine et aura fait une cautérisation puissante et que son petit malade aura conservé ses forces et ne présentera pas cet état de débilité et de faiblesse si particulier aux jeunes enfants atteints de cette terrible affection.

TRAITEMENT

La médecine a multiplié ses efforts contre cette terrible maladie, et le nombre considérable de médicaments employés prouve éloquemment combien ils ont été insuffisants. Cela prouve une seule chose, c'est que de tout temps et encore on n'est point parvenu à connaître la nature intime du noma.

Nous basant sur l'étude que nous avons faite de cette maladie, nous serons amené d'abord à modifier l'état général sous l'influence duquel paraît le noma : aussi placer le jeune enfant dans des conditions opposées à celles qui ont amené la débilité, ranimer une vitalité presque éteinte par la maladie antérieure, telle sera l'indication générale. La seconde indication sera basée sur l'état local, et le but du praticien sera de substituer un travail phlegmasique à la destruction gangréneuse.

TRAITEMENT GÉNÉRAL

L'enfant qui relèvera d'une des maladies qui déterminent le noma, sera placé dans des conditions hygiéniques favorables. S'il est dans un hôpital on devra éviter de le retenir plus longtemps, car c'est surtout dans un pareil milieu que cette affection se développe. On devra l'isoler et le placer dans une vaste salle et bien aérée ; une alimentation fortifiante sera ordonnée. On donnera à l'enfant des bouillons, des potages, du jus de viande, le vin de Bordeaux et de Malaga. On prescrira ainsi des boissons acides ou amères. On recommande aussi l'usage du quinquina que l'on administrera soit en infusion soit en sirop, ou mieux encore sous la forme d'extrait,

à la dose de 2 ou 3 grammes en 24 heures. On pourra aussi prescrire à petites doses le sulfate de quinine comme excitant général. De plus, il sera tenu dans une grande propreté; son linge sera renouvelé autant de fois qu'il sera nécessaire. On inclinera la tête du côté malade, afin de favoriser l'écoulement des liquides hors de la cavité buccale.

Tel sera le traitement général.

TRAITEMENT LOCAL

Arrêter la mortification des tissus est le seul point sur lequel se soit portée l'attention de tous les praticiens dans le traitement de cette affection. Le peu de succès qui en est résulté est dû probablement à ce que la maladie a été souvent méconnue ou qu'elle a été reconnue trop tard, ou bien une fois reconnue à ce qu'on y a opposé des moyens trop doux ou bien appliqués d'une main trop timide. Nous n'ignorons point combien il est difficile d'appliquer à l'intérieur de la bouche un caustique actif, car le gonflement, la tension de la joue ne permettent pas d'arriver facilement aux parties gangrénées. Mais l'emploi du chloroforme a fait disparaître cette difficulté et on a pu faire des cautérisations puissantes sans provoquer de douleurs intenses. Car il ne faut pas craindre d'employer un caustique puissant: une cautérisation superficielle n'aboutirait à rien et serait inutile. De plus, il faut que non seulement la cautérisation soit puissante, mais qu'elle soit appliquée de bonne heure. Où doit-on appliquer le caustique?

D'après ce que nous avons dit plus haut, la gangrène allant de dedans au dehors, c'est à l'intérieur de la bouche que doivent être appliqués nos moyens d'action. Mais quel caustique employera-t-on? Les uns, avec Trousseau, vantent

beaucoup l'emploi du cautère actuel chauffé à blanc; d'autres, avec Holmes, préfèrent se servir des acides, et parmi ces acides, c'est l'acide nitrique concentré qui a leur préférence. Quelques auteurs ont employé le nitrate d'argent, et Rilliet et Barthez prétendent avoir guéri un malade atteint de noma par l'usage combiné du nitrate d'argent et du chlorure de chaux. Dans l'observation que nous avons empruntée au *Bulletin thérapeutique*, le docteur Lavid a fait usage de la créosote mélangée avec du camphre et il n'a eu qu'à se louer de l'emploi de ce médicament qui a déterminé chez son malade une guérison complète.

Le nitrate acide de mercure et le chlorure d'antimoine ont été employés à leur tour, et d'après MM. Baudelocque et Constant ils auraient amené la guérison de quelques cas.

Quel que soit le caustique que l'on emploie, voici comment on doit procéder. L'enfant anesthésié à l'aide du chloroforme, la bouche maintenue largement ouverte, on renverse légèrement en dehors la face interne de la joue, de façon à mettre à découvert toute la surface malade, et à l'aide d'une éponge de charpie ou d'étoupe attachée à une plume et trempée dans le caustique (de préférence l'acide nitrique concentré ou le nitrate acide de mercure), on pratique une cautérisation puissante, en ayant soin, à l'aide d'une cuiller ou d'une spatule, de préserver la langue et les parties saines de l'action du caustique.

Ordinairement une seule cautérisation suffit, pourvu qu'elle soit largement faite. Mais on ne doit pas moins surveiller attentivement l'état du malade, et dans le cas où le travail de la gangrène s'étendrait, pratiquer d'autres cautérisations.

Sans nous prononcer d'une manière absolue sur le choix du caustique à employer, nous pensons que pour plusieurs raisons on doit préférer l'acide nitrique ou le nitrate acide de mercure au cautère actuel. D'abord, l'acide ne provoque

pas chez les parents de l'enfant la même appréhension que le cautère actuel; de plus il sera plus facile au praticien de toucher avec l'acide qu'avec le fer rouge les sinuosités de la cavité buccale et enfin l'action d'un caustique liquide sera bien plus étendue et surtout plus profonde.

Après la cautérisation on devra procéder au lavage attentif de la bouche avec une solution détersive, telle que la solution de chlorure de soude ou bien une solution de borax ou d'acide phénique. Pendant toute la période gangréneuse, on enlève les matières putrides, les lambeaux d'eschare, les fragments d'os et les dents qui tombent. On s'oppose à la déglutition des matières fermentées et on détruit leur fétidité par des lotions chlorurées ou aromatiques. Enfin, lorsque l'escharre tombe et que la réaction inflammatoire commence, on la soutient en irritant les bords de la plaie par l'emploi des pommades irritantes et des poudres aromatiques, toujours prêt à faire la cautérisation, dans le cas où l'inflammation faiblirait. Quelquefois par un traitement énergique et bien approprié, le malade guérit sans difformité; mais dans d'autres circonstances, ce n'est que par de vastes pertes de substance ou une cicatrisation vicieuse que le petit malade revient à la santé.

C'est alors que l'autoplastie peut être invoquée avec succès. Mais avant de recourir aux opérations autoplastiques, on devra attendre que le sujet soit complètement rétabli et que sa bonne constitution soit un gage de non retour de gangrène.

FIN.

Vu bon à imprimer :
Le Doyen,
CASTAN.

Vu :
Le Président censeur,
TÉDENAT.

Le Recteur de l'Académie
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !